

0.a. Objectif

Objectif 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge

0.b. Cible

Cible 3.3 : D'ici 2030, mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et d'autres maladies transmissibles

0.c. Indicateur

Indicateur 3.3.2 : Incidence de la tuberculose pour 100 000 habitants

0.d. Série

Sans objet

0.e. Mise à jour des métadonnées

2022-03-31

0.f. Indicateurs connexes

Indicateurs associés à l'incidence de la tuberculose : 1.1.1, 1.3.1, 2.1.1, 3.3.1, 3.4.1, 3.5.2, 3.a.1, 3.8.1, 3.8.2, 7.1.2, 8.1.1, 10.1.1, 11.1.1

0.g. Organisation(s) internationale(s) responsable(s) de la surveillance mondiale

Organisation mondiale de la Santé (OMS)

1.a. Organisation

Organisation mondiale de la Santé (OMS)

2.a. Définition et concepts

Définition :

L'incidence de la tuberculose pour 100 000 habitants est définie comme le nombre estimé de nouveaux cas et de rechutes de tuberculose (toutes les formes de tuberculose, y compris les cas chez les personnes vivant avec le VIH) survenant au cours d'une année donnée, exprimé en taux pour 100 000 habitants.

Concepts :

La mesure directe nécessite des systèmes de surveillance de haute qualité dans lesquels la sous-déclaration est négligeable, et des systèmes de santé solides de sorte que le sous-diagnostic soit également négligeable; sinon, les estimations indirectes sont basées sur les données de notification et les estimations des niveaux de sous-déclaration et de sous-diagnostic.

2.b. Unité de mesure

Nombre de cas pour 100 000 habitants par année.

2.c. Classifications

Définitions et cadre de notification pour la tuberculose – Révision 2013 (WHO/HTM/TB/2013.2). Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2013
(<https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241505345> consulté le 4 janvier 2021).

3.a. Sources de données

Des détails sur les sources de données et les méthodes sont disponibles dans l'annexe 1 et l'annexe technique en ligne publiées dans le dernier Rapport mondial sur la tuberculose de l'OMS (en anglais) à l'adresse <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/data>

3.b. Méthode de collecte des données

Les programmes nationaux de lutte antituberculeuse communiquent leurs données annuelles sur la tuberculose à l'OMS chaque année entre mars et juin à l'aide d'un système normalisé de communication des données en ligne géré par l'OMS. Ce système comprend des contrôles en temps réel de la cohérence des données. Les estimations du fardeau de la tuberculose sont préparées en juillet-août et communiquées aux pays. Dans certains pays disposant de nouvelles données d'enquête, les estimations sont mises à jour séparément au cours de l'année. Toutes les estimations sont communiquées en août-septembre et les révisions sont effectuées en fonction des réactions. La série finale d'estimations est examinée par l'OMS avant d'être publiée en octobre, pour vérifier la conformité aux normes internationales spécifiques et l'harmonisation des ventilations pour les groupes d'âge et de sexe.

3.c. Calendrier de collecte des données

Mars à juin de chaque année

3.d. Calendrier de diffusion des données

Octobre de chaque année

3.e. Fournisseurs de données

Programmes nationaux de lutte contre la tuberculose, ministères de la santé

3.f. Compilateurs des données

OMS

3.g. Mandat institutionnel

Plusieurs résolutions de l'OMS approuvées par les États membres lors de différentes assemblées mondiales de la santé ont confié à l'OMS la responsabilité de surveiller le fardeau de la tuberculose dans le monde et de rendre compte de la réponse (en anglais <https://www.who.int/tb/publications/resolutions/en/>).

4.a. Justification

Après deux ans de consultations, une stratégie mondiale de lutte contre la tuberculose pour l'après-2015 a été approuvée par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2014. Connue sous le nom de stratégie pour mettre fin à la tuberculose, elle couvre la période de 2016 à 2035. L'objectif global est « de mettre fin à l'épidémie mondiale de tuberculose » et par le même effet viser l'atteinte d'objectifs ambitieux de réduction des décès et des cas de tuberculoses pour 2030 (80% de réduction du taux d'incidence par rapport au niveau de 2015) et 2035 (90 % de réduction du taux d'incidence), dans le cadre des objectifs de développement durable.

Le taux d'incidence de la tuberculose a été choisi comme indicateur pour mesurer la réduction du nombre de cas du fardeau de cette maladie. Bien que cet indicateur ait été estimé avec une incertitude considérable dans la plupart des pays en 2014, les notifications de cas aux autorités nationales fournissent une bonne approximation s'il y a une sous-déclaration limitée des cas détectés et un sous-diagnostic ou un surdiagnostic limité des cas.

4.b. Commentaires et limites

L'incidence de la tuberculose est utilisée depuis plus d'un siècle comme principal indicateur du fardeau de la tuberculose, ainsi que de la mortalité qui s'y rattache. L'indicateur permet des comparaisons au fil du temps et entre les pays. L'amélioration de la qualité des données de surveillance de la tuberculose entraîne une réduction de l'incertitude quant à la valeur des indicateurs.

4.c. Méthode de calcul

Les estimations de l'incidence de la tuberculose sont produites par un processus consultatif et analytique dirigé par l'OMS et sont publiées chaque année. Ces estimations sont fondées sur les notifications annuelles de cas, les évaluations de la qualité et de la couverture des données de

notification de la tuberculose, les enquêtes nationales sur la prévalence de la tuberculose et les informations provenant des systèmes d'enregistrement des décès (état civil).

Les estimations de l'incidence pour chaque pays sont dérivées, en utilisant une ou plusieurs des approches suivantes selon les données disponibles : (i) incidence = notifications de cas/proportion estimée de cas détectés, (ii) modélisation par saisie-resaisie, (iii) incidence = prévalence/durée de l'affection.

Les intervalles de confiance sont fournis en plus des meilleures estimations.

Des détails sont disponibles dans le document (en anglais) « TB impact measurement – Policy and recommendations for how to assess the epidemiological burden of TB and the impact of TB control » (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241598828>) et dans l'annexe technique en ligne du rapport mondial de l'OMS sur la tuberculose (en anglais) à l'adresse <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/data>.

4.d. Validation

Les estimations du fardeau de la tuberculose sont préparées en juillet-août et communiquées aux pays. Dans certains pays disposant de nouvelles données d'enquête, les estimations sont mises à jour séparément au cours de l'année. Toutes les estimations sont communiquées en août-septembre et les révisions sont effectuées en fonction des rétroactions. La série finale d'estimations est examinée par l'OMS avant d'être publiée en octobre, pour vérifier la conformité aux normes internationales spécifiques et l'harmonisation des ventilations pour les groupes d'âge et de sexe.

4.e. Ajustements

La série finale d'estimations est examinée par l'OMS avant sa publication en octobre, pour vérifier la conformité aux normes internationales spécifiques et l'harmonisation des ventilations pour les groupes d'âge et de sexe.

4.f. Traitement des valeurs manquantes (i) au niveau national et (ii) au niveau régional

- Au niveau national

Des détails sont disponibles dans l'annexe technique de chaque Rapport mondial de l'OMS sur la tuberculose (en anglais) à l'adresse <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/data>

.

- Aux niveaux régional et mondial

Des détails sont disponibles dans l'annexe technique de chaque Rapport mondial de l'OMS sur la tuberculose (en anglais) à l'adresse <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/data>

4.g. Agrégations régionales

Les estimations du nombre de cas par pays sont agrégées. L'incertitude se propage en supposant l'indépendance des estimations des pays.

4.h. Méthodes et instructions à la disposition des pays pour la compilation des données au niveau national

Disponible dans le document Définitions et cadre de notification pour la tuberculose – Révision 2013 (WHO/HTM/TB/2013.2). Genève : Organisation mondiale de la santé; 2013 (<https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241505345>, consulté le 4 janvier 2021).

4.i. Gestion de la qualité

Toutes les statistiques sanitaires publiées par l'OMS font l'objet d'un examen interne systématique de la part de la Division des données, y compris les statistiques sur le fardeau de la tuberculose. L'examen externe de statistiques spécifiques est effectué de diverses manières, notamment par le biais de consultations avec les pays et d'examen par des organismes d'examen technique tels que le groupe de travail de l'OMS sur la mesure de l'impact de la tuberculose.

4.j. Assurance de la qualité

Les données sur la tuberculose déclarées par les États membres de l'OMS sont soigneusement vérifiées pour s'assurer de leur exhaustivité et de leur cohérence interne. Des sources de données supplémentaires sont utilisées dans le processus d'estimation du fardeau de morbidité, notamment les résultats d'enquêtes, conformément aux méthodes publiées dans les documents de l'OMS mentionnés dans les sections précédentes et cités à la section 7.

4.k. Évaluation de la qualité

Les données de surveillance de la tuberculose sont évaluées systématiquement par des examens dits épidémiologiques, qui fournissent des scores de qualité des données utilisés pour mettre à jour les plans de renforcement de la surveillance de la tuberculose et utilisés dans les modèles pour estimer le fardeau de la tuberculose. En outre, les données sont examinées à l'interne pour en vérifier la cohérence. Les données et les estimations sont publiées sous la forme de profils nationaux utilisés dans les consultations systématiques avec les pays, tel que mentionné dans les sections précédentes et cité dans la section 7. Les résultats sont publiés en détail dans les rapports annuels mondiaux sur la tuberculose, accessibles au public.

5. Disponibilité des données et désagrégation

Disponibilité des données :

Tous les pays

Séries chronologiques :

À partir de 2000

Désagrégation :

L'indicateur est désagrégé par pays, sexe et groupe d'âge et cinq facteurs de risque.

6. Comparabilité / Dérogation des normes internationales

Sources des divergences :

Les dénominateurs de population peuvent différer entre les sources nationales et les données de la Division de la population des Nations Unies. L'OMS utilise les estimations démographiques de celle-ci.

7. Références et documentation

URL :

<https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/data> (en anglais).

Références :

Le dernier Rapport mondial sur la tuberculose de l'OMS (en anglais) :

<https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/data>, consulté le 4 janvier 2021).

Définitions et cadre de notification pour la tuberculose – Révision 2013 (WHO/HTM/TB/2013.2). Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2013

(<https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241505345> consulté le 4 janvier 2021).

(en anglais) « TB Impact measurement – Policy and recommendations for how to assess the epidemiological burden of TB and the impact of TB control » (WHO/HTM/TB/2009.416). Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2009 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241598828>).

Documentation des organismes directeurs de l'Assemblée mondiale de la Santé : Actes officiels.

Genève : Organisation mondiale de la Santé (<https://apps.who.int/gb/or/f/index.html>, consulté le 21 juin 2016).